

極低出生体重児のフォローアップ外来における 知的能力評価と知的障害児の就学支援

野 村 香 代¹⁾
永 井 幸 代¹⁾
田 中 太 平¹⁾
辻 井 正 次²⁾

要約： 2006~2008年に名古屋第二赤十字病院 NICU に入院した極低出生体重児を対象に、フォローアップ外来の受診状況と9歳時の神経学的予後について示し、知的障害児の就学支援について後方視的に検討した。9歳までのフォローアップ継続率は78.1%、9歳時の神経学的後障害は13.4%であった。知的障害児16例について、就学時の学級選択の過程を検討したところ、運動や視聴覚障害のない知的障害児の場合、入学時に通常学級を選択するものが多かった。就学時の学級選択は、地域的問題や保護者の希望に左右されやすい。しかしフォローアップ外来の中で、保護者の思い、集団生活での状況、知的能力を包括的に捉える視点を持ち、今後起こりうる問題や受けられる支援体制について伝えておくことは、入学後子供自身や保護者の困り感が強まったときに、支援を受けることの意味を理解し、児の特性を受容することにつながると考える。

Key words： 極低出生体重児, フォローアップ外来, 知的障害, 就学支援

¹⁾ 名古屋第二赤十字病院 小児科

²⁾ 中京大学現代社会学部

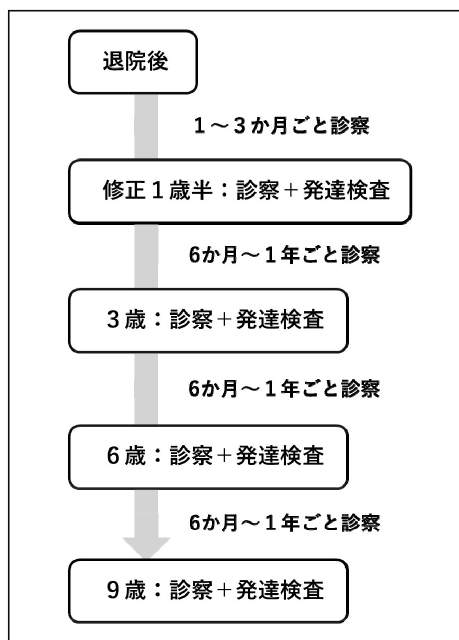
研究の背景及び目的

2017 年の“我が国の人口動態”によると、2015 年の全出生数に対する出生体重 2500g 未満の低出生体重児の割合は、男児 8.4%、女児 10.6% と報告されている⁽¹⁾。近年、医学の進歩により、低出生体重児の救命率は向上しているものの、在胎週数や出生体重が少ないほど、長期的な神経学的障害を合併する確率が高いことが指摘されている⁽²⁾。林ら (2017) は、出生体重 1500g 未満の極低出生体重児における 6 歳時の神経学的障害の割合は、知的障害 12%、運動障害 7.7% (独歩不可、独歩可ともに 3.7%)、視覚障害 6.4% (失明 2.6%、弱視 3.8%)、聴覚障害 (補聴器使用) 1.9% と示しており、神経発達障害をもつ児は 17% と高く、長期的なフォローアップが必要であると考えられている⁽³⁾。

当院では、「ハイリスク児フォローアップ研究会」が推奨する健診スケジュール⁽⁴⁾に従って、小児科医、小児精神科医、臨床心理士、理学療法士と、多職種で連携をとりながら、9 歳までフォローアップ外来を行っている (図 1)。フォローアップ外来の目的は、「身体の発育、神経学的評価、運動や精神発達について経過を見守り、必要に応じて療育や専門機関を紹介していくことである」と、NICU 退院時に伝えている。また、key age (出産予定日からの修正年齢 1 歳半・歴年齢 3 歳・6 歳・9 歳)には、発達・知能検査による知的能力評価を実施しており、その結果を報告する中で、家族から知的発達面での困難さや、就学における不安感が語られることも少なくない。

そこで本論文では、極低出生体重児におけるフォローアップ外来の受診状況と 9 歳時の神経学的予後について示す。その後、6 歳もしくは 9 歳時の知能検査の結果、知的障害に該当する知能指数 70 未満であった児を対象とし、就学に関する家族の心配や就学時の学級選択に関する考えについて後方視的に検討し、本人や家族のニーズに合った就学支援やフォローアップ外来の意義について考察する。

図 1 当院のフォローアップ健診
スケジュール



方法

1. 対象

2006年1月から2008年12月までの3年間に、名古屋第二赤十字病院のNICUに入院した極低出生体重児を対象とした。そのうち、死亡退院・退院後死亡を除外し、臨床経過やフォローアップ外来の受診状況、発達知能検査の結果について、診療録から抽出した。

2. 抽出内容

1) 臨床背景

【出生時情報】性別，出生在胎週数，出生時身長・体重・頭囲

【病名】頭蓋内出血（grade3 度以上）・脳室白質周囲軟化症・難聴・失明の有無

2) 修正 1 歳 6 か月，3 歳，6 歳，9 歳のフォローアップ外来受診の有無と，発達知能検査による知的能力評価の結果

発達知能検査は，臨床心理士によって実施され，当院では修正 1 歳半時は新版 K 式発達検査，3 歳時は田中ビネー知能検査，6 歳および 9 歳では WISC-Ⅲ，WISC-Ⅳを基本としていたが，検査に取り組むことが困難な場合，修正 1 歳半・3 歳では津守稲毛式乳幼児精神発達診断を，6 歳・9 歳では田中ビネー知能検査に変更した．また，療育手帳の取得に伴って，他施設で実施した場合は，その結果を報告してもらうこととした．なお，知的障害の程度基準は ICD-10 に従い，「軽度」50~69，「中度」35~49，20~34「重度」，20 未満を「最重度」とした．

3) 9 歳時の神経学的後障害の有無

運動障害（独歩不可，もしくは独歩は可能だが運動障害あり），視覚障害（両側失明・片側失明・弱視のいずれか），聴覚障害（補聴器の使用），知的障害（9 歳時の知能指数 70 未満）の有無について抽出した．

4) 知的障害児の就学相談の経過

フォローアップ外来記録から，就学に関する不安や考えなど，保護者が相談した内容，合わせて就学時の在籍学級（通常学級・特別支援学級・特別支援学校）について抽出した．また，当院の小児精神科の診察記録から，就学に関する内容を抽出した．その他，言語訓練やりハビリ等の専門機関への紹介の有無も確認した．

5) 倫理的配慮

本研究は名古屋第二赤十字病院臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。

結果

2006年から2008年に当院NICUに入院した極低出生体重児は、139例であった。そのうち死亡退院8例、退院後死亡2例を除いた129例を分析対象とした。

1. 臨床背景(表1)

フォローアップ対象児の在胎期間の中央値は、29週3日、出生体重の中央値は1068gであった。そのうち、出生体重1000g未満の超低出生体重児は、60例(46.5%)であった。退院時まで、頭蓋内出血(grade3度以上)9例(7.0%)、嚢胞を伴う脳室白質周囲軟化症6例(4.7%)が認められた。

2. フォローアップ外来への継続受診率(図2)

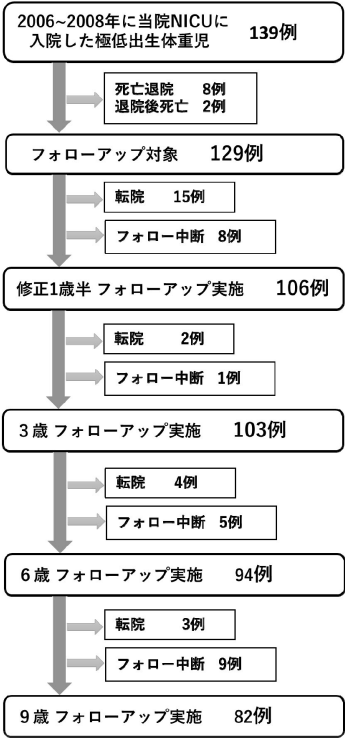
9歳までのフォローアップ継続率は、転居等に伴って転院となった24例を除く105例中82例(78.1%)であり、そのうち超低出生体重児は転院14例を除いた46例中37例(80.4%)であった。フォローアップが中断となった23例については、家族の希望による中断が2例、予約日に来院されなかったことでの中断は21例であった。また、中断前の最終知能指数は、知能検査を実施した15例中8例が正常域、3例が境界域、4例が知的機能の遅れを認めた。

表 1 対象症例の概要

		超低出生体重児	極低出生体重児	全症例
		N=60	N=69	N=129
在胎週数	中央値(範囲)	26週3日 (22週2日-35週6日)	31週2日 (26週1日-37週2日)	29週3日 (22週2日-37週2日)
出生体重	中央値(範囲)	776g (500-999g)	1334g (1022-1499g)	1068g (500-1499g)
	SGA * (%)	21 (35. 0)	24 (34. 8)	45 (34. 9)
	男児 (%)	24 (40. 0)	34 (49. 3)	58 (45. 0)
	頭蓋内出血(3度以上) (%)	8 (13. 3)	1 (1. 4)	9 (7. 0)
	脳室周囲白質軟化症 (%)	1 (1. 7)	5 (7. 2)	6 (4. 7)

*SGA : small for gestational age (出生時の体重および身長がともに在胎週数相当の基準値の10パーセンタイル未満)

図 2. フォローアップ外来の受診状況



3. 極低出生体重児の神経学的予後について

1) 6歳時の知能指数について

6歳までフォローアップが継続された94例における6歳時の知能指数を、表2に示す。超低出生体重児では43例中8名(18.6%)、極低出生体重児では51例中5例(9.8%)、計94例中13例(13.8%)が知的障害に該当した。最重度・重度に該当する3名は、脳性麻痺や重度難聴を合併している症例であった。

表2 6歳時の知能指数

	超低出生体重児 N=43 (%)	極低出生体重児 N=51 (%)
最重度：～19	2 (4.7)	0 (0.0)
重度：20～34	1 (2.3)	0 (0.0)
中度：35～49	0 (0.0)	1 (2.0)
軽度：50～69	5 (11.6)	4 (7.8)
境界：70～84	11 (25.6)	15 (29.4)
正常：86～	24 (55.8)	31 (60.7)

2) 9歳時の知能指数

フォローが継続された82例における9歳時の知能指数を表3に示す。超低出生体重児では、37例中7名(18.9%)、極低出生体重児では、45例中2例(4.4%)、計82例中9例(11.0%)が知的障害に該当した。

6歳と9歳の知能指数の推移について、6歳時には知的障害に該当したが、9歳時には境界・正常域まで上昇した児が3例おり、うち2例は知能指数が10以上上昇した。逆に、6歳時には正常・境界域であったが、9歳で知的障害に該当した児は3例おり、うち2例は10以上低下した。

また、6歳時に最重度・重度と判定された3例は、療育センター等でフォローがされており、9歳時にはフォロー中断となっていた。

表 3 9 歳時の知能指数

	超低出生体重児 N=37 (%)	極低出生体重児 N=45 (%)
中度 : 35~49	2 (5.4)	0 (0.0)
軽度 : 50~69	5 (13.5)	2 (4.4)
境界 : 70~84	7 (18.9)	12 (26.7)
正常 : 86~	23 (62.2)	31 (68.9)

3) 9 歳時の神経学的後障害の有無

9 歳時の神経学的後障害の有無について表 3 に示した。

表 4 9 歳時の神経学的評価

	超低出生 体重児 N=37 (%)	極低出生 体重児 N=45 (%)
【運動障害】		
独歩不可	0 (0.0)	0 (0.0)
独歩可	3 (8.1)	0 (0.0)
【視覚障害】		
失明	0 (0.0)	0 (0.0)
弱視	1 (2.7)	2 (4.4)
【聴覚障害】		
補聴器使用	1 (2.7)	1 (2.2)
【知的障害】		
あり	7 (18.9)	2 (4.4)

超低出生体重児と極低出生体重児を合わせた場合、独歩不可であった児は見られなかったが、独歩は可能であるものの運動障害が残ったものは3例 (3.7%) あり、そのうち、脳性麻痺と診断されているものが1例、大脳の実質内出血がみられたものが1例、脳室拡張が指摘されたものが1例

であり、この3例は知的障害を伴っていた。視覚障害については、弱視が3例(3.7%)、補聴器使用の聴覚障害は2例(2.4%)であった。表3のいずれかに該当する神経学的後障害は、超低出生体重児では8例(21.6%)、極低出生体重児では3例(6.7%)、計11例(13.4%)であった。

今回の結果と林ら(2017)^③による極低出生体重児の6歳時の神経学的評価を比較すると、運動障害、弱視、聴覚障害、知的障害の割合は、同等であった。

2. 知的障害児の小学校入学時の在籍学級の選択と就学支援：

1) 在籍学級の選択

6歳までフォローアップが継続された94名のうち、知的障害である13例における小学校入学時の在籍学級の選択は、特別支援学校4例、特別支援学級2例、通常学級7例(53.8%)であった。

2) 在籍学級選択の理由

在籍学級選択に関して、フォローアップ外来の中で語られた保護者の意向や心配点について、診療録から抽出した結果は、次の通りである。

【特別支援学校を選択】

特別支援学校選択の4例のうち、3例は脳性麻痺を合併しており、残る1名は染色体異常と重度難聴による最重度の知的能力であった。4例いずれも幼児期から通園施設に通っており、そこで定期的な相談の上、保護者の希望で特別支援学校を希望された。

【特別支援学級を選択】

特別支援学級を選択した2例は、いずれも保護者の希望であった。以下に、フォローアップ外来での就学相談の経過を示す。

〈症例1〉在胎週数24週4日、体重871gで出生。退院時の頭部MRIの

結果から、脳室軽度拡張が指摘された。3歳時の発達検査で、中程度の知的障害に該当し、歩行困難であったことから、母子通園施設を紹介。その後加配つきで保育園に通園した。6歳健診時、独歩は可能であったものの、登下校は車いすが望ましい状態とされ、運動障害が残っていたこと、軽度の知的障害であったことから、保護者により支援学級を希望された。支援学級では、2対1と手厚いサポートをうけ、デイサービスや療育センターを利用することで、身体障害者手帳は3級から5級へ、療育手帳は3級から4級へと下がり、各機関で相談ができていることから、9歳でのフォロー終了となった。

〈症例2〉在胎週数25週6日、体重750gで出生。退院時の頭部MRIでは、右大脳実質内出血が認められた。

1歳半の発達指数は境界域、3歳時、6歳時の田中ビネー知能検査の結果から、軽度の知的障害に該当した。幼稚園や検査時の様子から、表情乏しく、話しかけられると、注視したまま固まってしまう、意思疎通が図れないという特徴を持っていることもあり、保護者は“勉強への構えや着席していられる根気を身につけて欲しい”という希望があり、知的障害学級を希望された。入学後、学校に対して児の特徴をどのように伝えたらよいかという相談があり、フォローアップ担当医から、当院小児精神外来を紹介。継続受診を希望され、その中で学校との調整を図ってきた。難治性のてんかんも合併し、9歳の知能検査の結果、中程度の知的障害が指摘されたため、フォローアップ外来終了後は、小児精神外来へと移行し、デイサービスの利用や特別支援学校への移籍等に関する相談など、現在も継続支援中である。

【通常学級を選択】

通常学級を選択した7名について、保護者の希望、学校の意向はさまざまであった。フォローアップ外来での経過は、次の通りである。

①入学時に特別支援学級も選択肢に含めていたが、学校と相談した結果、通常学級を選択し 1 例

〈症例 3〉在胎週数 28 週 2 日，体重 1443g で出生．退院時 MRI では，左側脳室の拡大が指摘されていた．

3 歳時の知能指数は境界域であり，マイペースが目立つこと，外では話をしないことから，発達を心配され療育センターを受診するも，療育は不要と判断され経過観察となった．保育園入園後も，園からは問題は見られないと言われた．母は，兄が広汎性発達障害と診断されており，癇癪やパニックはないものの，繰り返しの遊びを好んだり，相手の顔を見ないなど心配は残っていたため，小児精神外来を受診．広汎性発達障害と診断を受け，園には簡潔な指示にしてもらうこと，状況理解を促すような働きかけを依頼した．6 歳時の知能検査では，軽度の知的機能の遅れを認め，療育センターに再度働きかけて療育手帳（4 度）を取得した．母は特別支援学級への在籍も視野に入れており，就学时健診で学校に相談したところ，まず通常学級で始めて，困るようであれば特別支援学級へ移行する形がよいのではという学校の提案を受けて，通常学級を選択した．入学後は，徐々に学習の困難感は見られるが，友人関係が良好であり，9 歳の知能検査では，6 歳の知能指数より 14 上昇し，境界域まで上昇した．書字の苦手さなど部分的な課題での困難さが強まった場合には，個別指導などを考慮していくことも有効であると伝え，フォローは終了とした．

②入学時に通常学級を希望するが，支援学級に移行した 1 例

〈症例 4〉在胎週数 31 週 4 日，体重 982g で出生．退院時の頭部 MRI で異常は認められなかった．

3 歳の知能指数は正常域であったが，保育園では，指示が通りにくく，多動傾向がみられたため，加配によるサポートを受けていた．6 歳時には，軽度の知的障害があることと指示理解の弱さが指摘されたため，担当医より支援学級を勧めたが，保護者の希望により，通常学級での入学となった．

入学後、学習の困難さが見られるようになったため、再度、通級・支援学級を担当医から提案したところ、母はすでに学校と検討しているところだった。学校と相談した結果、2年生から特別支援学級に移り、本人の学習ペースに合わせた支援を受けることができているために、フォローアップは終了となった。

③ 一貫して入学後も通常学級を希望した5例

〈症例5〉在胎週数30週0日、体重897gで出生。退院時の頭部MRIで異常は認められなかった。

修正1歳半の知的機能は正常域であったが、3歳時に軽度の知的機能の遅れが指摘された。この頃、人見知り・場所見知りが強く、視線が合いにくかった。幼稚園に入園後、言葉でのやりとりが増え、友達とのコミュニケーションもとれるようになった。しかし、6歳時も知的機能に遅れを認めたため、支援員や通級でのサポートを提案するが、園や知育教室でも言い方を変えれば理解できると言われていることから、通常学級を保護者は希望した。入学後は、通常学級で個別サポートがなくとも、問題は指摘されることはなく、楽しく過ごす事ができた。9歳の知能検査では、6歳の知能指数より32上昇し、正常域となる。保護者の心配もないことから、フォローアップは終了となった。

〈症例6〉在胎週数28週0日、体重1110gで出生。退院時の頭部MRIでは異常は認められなかった。

3歳時の知能指数は境界域であり、言葉の不明瞭さが指摘されたが、保育園は楽しく通うことができていた。6歳時の知能指数は軽度の知的障害に該当したが、保育園からトラブル等の報告はなかったため、通常学級を希望した。入学後、学習面では苦手さはあるものの、通常学級のみで理解可能であり、楽しく通うことができた。9歳時の知能指数は、6歳時の知能指数より7上昇し境界域となった。学校から問題を指摘されることな

く、保護者の心配もないことから、フォローアップは終了となった。

〈症例 7〉在胎週数 24 週 1 日、体重 632g で出生。退院時の頭部 MRI で異常は認められなかった。

修正 1 歳半では、発達指数は正常域、3 歳時は境界域となり、6 歳は軽度の知的障害が指摘された。保育園では、集団生活における理解力は 1 年程度の遅れを感じるが、それでもできることが少しずつ増えていることから、保護者は通常学級を希望した。入学後、学習の遅れはみられるものの、友達関係は良好で、学校生活も楽しめていることから、個別での支援は希望されなかった。9 歳時の知能指数も軽度の知的障害で該当したため、本人が困り感を訴えるような場合には、個別指導も考慮していく時期であることを伝え、フォローを終了となった。

〈症例 8〉在胎週数 34 週 4 日、体重 1322g、品胎第 2 子として出生。退院時の頭部 MRI では、軽度の脳室拡大が指摘されていた。

修正 1 歳半以降、知的能力に軽度の遅れがみられたこと、マイペースであることから、療育グループに参加した。その後保育園では、一人で遊ぶことが多く、対人関係の中で大きな問題が起こらなかったことから、保護者は通常学級を希望した。入学後、指示理解のために声掛けは多めにしているが、学習の遅れは見られなかった。しかし、9 歳時には少しずつ学習の難しさを感じる領域も出てきたため、学校と定期的に相談する機会を持つよう提案し、フォローを終了とした。

〈症例 9〉在胎週数 37 週 2 日、体重 1370g で出生。退院時の頭部 MRI では異常は認められなかった。

修正 2 歳時の発達指数は正常域であったため、3 歳の知能検査は希望しなかった。6 歳時の知能指数は、軽度の知的障害に該当したが、保育園で問題を指摘されることはなかったため、通常学級を希望した。その後 7 歳

健診までは受診したが、それ以降は保護者の希望により、フォローアップは中断となった。

3. 9歳時に知的障害を認めた症例

6歳時には、知能指数が正常・境界域であったが、9歳になり知的障害を認めたものは、3例見られた。

〈症例 10〉在胎週数 31 週 1 日、体重 846g で出生。退院時の頭部 MRI では、軽度の脳室拡大が指摘されていた。

3歳時の知的指数は境界域であったが、保育園では問題は指摘されなかった。6歳時の知的指数は境界域であったが、保護者は通常学級を希望した。1年生は問題もなく楽しく過ごせており、7歳の知能指数は、正常域へと上昇していた。しかし、9歳の知能指数は6歳よりも28点減少し、軽度の知的機能の遅れを示し、学習の難しさを本人も感じるようになったため、フォローアップ外来から小児精神科外来へ移行した。その後、学校と特別支援学級への在籍について相談したところ、試験的に週に3時間ぐらい支援学級で過ごすことになった。支援学級では、マンツーマンで国語と算数をみてもらい、理解しやすいと感じていたが、5年生になってからは、支援学級に在籍希望の児童が増えたために、通常学級のみとなった。11歳の知能指数は境界域であったが、保護者としては、一貫して通常学級への在籍を希望しており、学校も支援学級でのサポートは必要ないとの判断があったため、小児精神外来での就学支援は終了となった。

〈症例 11〉在胎週数 24 週 0 日、体重 500g で出生。退院時の頭部 MRI では、頭蓋内出血 (grade 3) を認めた。

3歳の知的指数は正常域であったが、パニックになることが多く、過敏性も指摘されたことから、小児精神外来で広汎性発達障害と診断をうけ、対応を相談するようになった。6歳の知能指数は境界域であるものの、幼

幼稚園では指示理解もできていることから、保護者は通常学級を希望した。入学後は、先生に注意されることは多く、睡眠障害が見られたため、睡眠導入剤を服用した。また、100点でなくてはいけないというこだわりが強まり、一時的に吃音も生じた。

9歳の知能指数は6歳よりも12点低下し、軽度の知的障害に該当したものの、家庭での支援と本人の努力で実際に学習の遅れは見られなかった。4年生になり、対人的なやりとりも、工夫して対応することで、友人関係も改善されたため、小児精神外来でのフォローも終了となった。

〈症例 12〉 在胎週数 34 週 4 日、体重 1300g で出生。品胎第 3 子。退院時の頭部 MRI で異常は指摘されなかった。

修正 1 歳半以降、知能指数は軽度の知的障害に該当したこと、マイペースであることから、療育グループに参加した。6 歳の知能指数は境界域であったが、保育園で大きな問題が指摘されなかったため、保護者は通常学級を希望した。入学後、学習の理解が難しいことがしばしば見られた。9 歳時には 6 歳よりもわずか 3 点の低下であったが、軽度の知的障害に該当した。学習については、学校と定期的に相談をしていること、勉強が好きだといい、本人なりに努力していることから、10 歳でフォローを終了とした。

考察

今回、極低出生体重児への 9 年間のフォローアップ外来への受診状況と 9 歳児の神経学的評価、さらに知的障害を認めた場合の就学相談の経過について報告した。

1. フォローアップ継続受診について

フォローアップ外来への受診状況については、転院などやむを得ない状況を除いた 105 例中 82 例 (78.1%) が 9 歳まで継続フォローが可能であっ

たが、23例は中断となった。そのうち、家族の希望による中断はわずか2例であり、予約日に来院されないまま中断となっている症例が多かった。また、中断となったもののうち、発達知能検査を受けたことがある15例中8例は、知的指数が正常域であった。

これは、身体的な成長発達の見通しが持てるようになる3歳以降で、健診の間隔も年に1回となり、予約日を意識することが難しくなること、さらに就園や就学の段階で、対人関係や注意集中等の精神発達の問題が生じるといった、年齢とともに変化するフォローアップの目的や必要性について、説明不足であった可能性が考えられる。

フォローアップ外来の診察では、患者から経過を丁寧に聞くという受け身の姿勢だけではなく、児の身体発育・精神発達状況を総合的に考慮した上で、保護者とともに状況を整理し、目標や課題、対応策等を示すことが重要だと思われる。このようにフォローアップしていく目的や意義を明確にすることが、フォローアップ外来に継続受診する意欲につながると考える。

2. 知的能力評価と就学支援について

今回報告した症例から見えてきた、学級選択におけるフォローアップ外来の役割について考察する。

運動障害等の身体的疾患がある場合には、早期から療育センター等で継続相談がされており、就学に向ける見通しを持っているケースが多く、当院のフォローアップ外来で学級選択の話題が取り上げられることは少なかった。しかし、身体的な問題がなく、知的機能のみに遅れがある場合は、特別支援学級・通級・通常学級など、選択の幅が広い。今回の報告では、軽度の知的障害を認めた症例の多くが、入学時は通常学級を選択していた。また、入学予定の学校の支援体制によっては、保護者が支援学級を希望しても、それが叶わないケースもあった。

また、報告症例の中でも、6歳と9歳の知能指数が大幅に変化した例が

あったが、実際に児童期の知能指数は変動するという報告⁽⁵⁾もあり、知能指数は永続的な指標として捉えることは、議論のあるところである。

このように学級選択は、保護者の希望や地域の支援体制に左右されやすく、また知能指数のみで、適切な支援とはなにかを判断することは難しい。その中でフォローアップ外来の役割は、保護者の思い、園での生活状況、知能検査による客観的な知的機能評価を包括的に捉え、就学後に考えられる学習面での課題や、困難さがもたらす自尊感情への影響、実際に受けられる支援体制等、丁寧に伝えておくことであると考ええる。

なぜならば、個別で実施する知能検査と、保育園などの集団生活や、家庭で見せる姿と異なることも多く、保護者が知能検査で示された結果が納得・受容できないと感じることもあるだろう。また、学級選択に対して、保護者の譲れない思いがあることもある。しかし、症例4のように、入学後子ども自身、または保護者の困り感が強まったときに、支援を受けることの意味が理解でき、児の特性を受容できるようになることもある。だからこそ、支援を受けることを強要するのではなく、保護者自身が子どもの困り感のサインを見逃さないように、目を配るべきポイントを提示しておく、ともに経過を見守っていく姿勢が重要だろう。

3. 今後の課題

本論文では、極低出生体重児の就学支援について、知的能力評価の視点から検討した。しかし、極低出生体重児について問題となるのは、知的能力だけではなく、注意欠陥多動性障害や自閉症スペクトラム障害、学習障害等もハイリスクである⁽²⁾と指摘されている。そこで、発達障害という観点から、極低出生体重児の就学支援のあり方について検討することが今後の課題である。

謝辞

本研究の対象となりましたお子様とその家族、またフォローアップ外来

を担当された小児科の皆様に、心より感謝申し上げます。

利益相反

今回の論文に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。

文献

1. 厚生労働省 (2017). 平成 29 年 我が国の人口動態 平成 27 年までの動向 『厚生労働省ホームページ』〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>〉 (2018/1/5 閲覧)
2. 河野由美. (2016). ハイリスク児のフォローアップ. 総合リハビリテーション 44 (9) p.769-775.
3. 林藍・木下大介・小谷牧・短田浩一・木原美奈子・西村陽 (2017). 当院 NICU を退院した極低出生体重児のフォローアップの現状と課題. 日本周産期・新生児医学会雑誌 53 (1) p.36-42.
4. 厚生労働科学研究「周産期ネットワーク：フォローアップ研究」班 (2007). ハイリスク児のフォローアップマニュアル 小さく産まれた子どもたちへの支援 p.3-4 メジカルビュー社
5. Ramsden S, Richardson FM, Josse G, Thomas MS, Ellis C, Shakeshaft C, Seghier ML, Price CJ. (2011). Verbal and non-verbal intelligence changes in the teenage brain. Nature 479 (7371) p.113-116